UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1922. — N° 14

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE L'ANUS ARTIFICIEL

DANS LE

# TRAITEMENT

DES

# PÉRITONITES AIGUËS

## généralisées

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MEDECINE

*Présentée et soutenue publiquement le 5 Juillet 1922*

PAR

**Mimoun-André SAFAR**

Né à Alger, le 30 Novembre 1895

**Membres du Jury :**

| | | |
|---|---|---|
| MM. | **VINCENT**, Professeur de Clinique Chirurgicale. | *Président.* |
| | **LEBLANC**, Professeur d'Anatomie. | *Juges.* |
| | **CABANES**, Chargé de Cours (Médecine opératoire). | |
| | **FUSTER**, chargé des fonctions d'Agrégé (Accouchements). | |

ALGER
IMPRIMERIE MODERNE
2, BOULEVARD LAFERRIÈRE, 2

1922

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536515_0052

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1922. — N° 14

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE L'ANUS ARTIFICIEL

DANS LE

# TRAITEMENT

DES

# PÉRITONITES AIGUËS

## généralisées

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MEDECINE

*Présentée et soutenue publiquement le 5 Juillet 1922*

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

**Mimoun-André SAFAR**
Né à Alger, le 30 Novembre 1895

**Membres du Jury :**

**MM. VINCENT**, Professeur de Clinique Chirurgicale. — *Président.*
**LEBLANC**, Professeur d'Anatomie.
**CABANES**, Chargé de Cours (Médecine opératoire). — *Juges.*
**FUSTER**, chargé des fonctions d'Agrégé (Accouchements).

ALGER
IMPRIMERIE MODERNE
2, BOULEVARD LAFERRIÈRE, 2
—
1922

UNIVERSITÉ D'ALGER

# FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

| | | |
|---|---|---|
| DOYEN | MM. | HÉRAIL (I. ✠). |
| DOYEN HONORAIRE | | CURTILLET (O. ✲, I. ✠). |
| ASSESSEUR | | N... |

## PROFESSEURS

| | | |
|---|---|---|
| Anatomie | MM. | WEBER (✲, ✠, I. ✠).<br>LEBLANC (✲, ✠, I. ✠). |
| Anatomie pathologique | | POUJOL (I. ✠). |
| Chimie biologique et toxicologie | | MAILLARD (✲, ✠, I. ✠). |
| Chimie minérale et organique | | H. GUILLEMARD. |
| Chimie médicale | | ARDIN-DELTEIL (I. ✠). |
| Clinique chirurgicale | | VINCENT (✲, I. ✠). |
| Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie | | CURTILLET (O. ✲, I. ✠). |
| Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge | | ROUVIER (✲, I. ✠). |
| Clinique ophtalmologique | | CANGE (✲, I. ✠). |
| Clinique médicale infantile | | GILLOT (I. ✠). |
| Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées. | | N... |
| Histoire naturelle médicale et parasitologie | | TRABUT (✲, I. ✠, O. ✠). |
| Histologie | | ARGAUD (✲, I. ✠). |
| Hygiène, hydrologie et climatologie | | CHASSEVANT (O. ✲, ✠, I. ✠). |
| Médecine légale | | N... |
| Matière médicale et thérapeutique | | HÉRAIL (I. ✠). |
| Pathologie générale et microbiologie | | SOULIÉ (✲, I. ✠). |
| Pharmacie | | MUSSO (I. ✠). |
| Physiologie | | TOURNADE (✲, ✠). |
| Physique médicale | | DUFOUR (I. ✠). |

## PROFESSEURS HONORAIRES

M. BATTANDIER (I. ✠); — M. MALOSSE, Théod. (I. ✠, ✲).

## CHARGÉ DE COURS

Médecine opératoire ..... M. CABANES (✲, ✠, O. I. ✠).

## AGRÉGÉS

| | | |
|---|---|---|
| Chirurgie | MM. | COSTANTINI (✲, ✠).<br>LOMBARD (✠). |
| Médecine | | RAYNAUD (✠).<br>AUBRY (✲, ✠). |
| Physiologie | | GIRAUD (✲, ✠). |
| Histoire naturelle méd. et parasitologie | | SENEVET (✠). |

## CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

| | | |
|---|---|---|
| Accouchements | MM. | FUSTER (✲, ✠, I. ✠). |
| Anatomie | | FERRARI (✠, A. ✠). |
| Pharmacie et matière médicale | | N... |

*NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*

A LA MÉMOIRE

DE MES COMPAGNONS D'ARMES

du 40e Régiment d'Infanterie

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

1914-1918

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES FRÈRES

VICTOR, JULES, PAUL, LUCIEN

A MES SŒURS

BELLA, JANE, AIMÉE, LUCETTE, JULIETTE

A MON BEAU-FRÈRE

ALBERT BENSAID

A MON NEVEU Henry BENSAÏD

A MA GRAND'MÈRE BOUCHARA

A MONSIEUR ET MADAME Léon BENSAID

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES BELLES-SŒURS

A MES AMIS

RAYNE, PÉTER, BAUDURET, BENDJOURNO

A MES COMPAGNONS D'ÉTUDES

LES DOCTEURS CAUVIÈRE, GANASCIA, PARRÈS,

LÉON POUGET, SOLAL, ZIMÉRO

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VINCENT

Professeur de Clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Qu'il soit assuré de notre profond respect.*

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEBLANC

Professeur d'Anatomie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

*En toute reconnaissance.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR Et. CABANES

Chargé de cours (Médecine opératoire)

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

*Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse. Nous savons toute l'affection qu'il nous porte et l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné. Du plus profond du cœur nous l'en remercions et lui exprimons toute notre gratitude.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR FUSTER

Chargé des fonctions d'Agrégé (Accouchements)

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

*En toute déférence.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MM. ARDIN-DELTEIL,
CURTILLET,
GILLOT,
ROUVIER,
SOULIÉ,
LOMBARD,
RAYNAUD M.,
GOINARD.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MESSIEURS LES CHEFS DE CLINIQUE

DUBOUCHER, Emile POUGET, MOSCA .

A MES MAITRES DU LYCÉE D'ALGER

ET DE L'ÉCOLE PRIMAIRE

*JE DÉDIE CETTE THÈSE.*

# INTRODUCTION

L'époque n'est pas lointaine où il était convenu d'admettre et de répéter que l'intervention, dans les péritonites généralisées, était des moins consolantes pour le chirurgien et que « le malade n'en continuait pas moins à mourir ». C'est qu'à ce moment, hypnotisé par la seule infection péritonéale, on négligeait un danger aussi grand, presqu'aussi redoutable, celui qui vient de l'intestin en pareille occurence : la stercorémie.

Certes, dans une péritonite, l'inoculation même du péritoine et les résorptions toxiques qui se font à son niveau sont des facteurs de mort importants ; mais, à côté d'eux, et pour une plus grande part, qu'on ne le dit généralement, il en est un autre qui doit retenir l'attention : celui que crée la surinfection intestinale, survenue du fait de la paralysie de l'intestin. Cette paralysie, conditionnée par l'infection de la séreuse, entraîne, conséquemment, une résorption toxique intra-intestinale et une migration extra-intestinale d'augment.

Si nous décomposons les termes de l'évolution d'une péritonite, en général, que voyons-nous schématiquement, lorsque nous examinons un péritonitique en cours ? Tout d'abord, la séreuse est ensemencée par un agent microbien venu du dehors ou de l'intestin (coup de couteau, perforation appendiculaire, etc.). Immédiatement, on note de la défense musculaire abdominale et des vomissements. A un moment, à peine plus éloigné, la séreuse résorbe les produits toxiques et impressionne l'intestin. Le tableau

intestinal se dessine et l'iléus paralytique apparaît, qui compose l'aspect le plus objectif de la péritonite. Le ventre est alors ballonné, l'arrêt des gaz complet, la surdis tension des anses très marquée, le pouls rapide et la dyspnée prononcée.

On traite, généralement, l'infection de la séreuse, c'est-à-dire qu'on établit le drainage ou qu'on enlève, par exemple, l'appendice perforé. Cela est bien et suffisant dans la première phase de la péritonite. Mais, contre la résorption intestinale et l'iléus paralytique on se fie, le plus souvent, sur les bons effets de l'intervention causale... qui agit ou n'agit pas. Passées les premières heures de la péritonite, où l'ablation d'un organe malade et le drainage donnent de bons résultats, n'est-on pas en droit, ne doit-on pas traiter l'iléus paralytique pour supprimer la migration microbienne de l'intestin vers le péritoine, pour supprimer la stercorémie ? C'est le but que s'étaient proposé d'atteindre les premiers chirurgiens qui préconisèrent l'entérostomie au cours des péritonites. Ce traitement, quoique logique, n'est plus de pratique courante et, après avoir été à l'ordre du jour de 1890 à 1905, il a été délaissé dans ces dernières années, malgré les résultats heureux qui en furent souvent la conséquence.

Sur l'inspiration de M. le professeur Cabanes, nous nous sommes proposé de rechercher la valeur de l'anus artificiel, comme élément de cure, au cours des péritonites aiguës généralisées. Alors que nous pensions que l'idée qui a guidé les chirurgiens, en pratique semblable, n'était pas neuve et avait du permettre de formuler des conclusions nettes, nous n'avons trouvé que peu d'observations et des déductions vagues. Il nous a donc paru utile de reprendre cette étude pour cela. Nous avons retenu dans la littérature médicale les observations relatant les cas de péritonite diffuse où cette opération fut exécutée et ceux où, spontanément, une fistulisation s'établit, dérivant les matières hors de l'abdomen. Considérant le nombre de

guérisons qui résulta de la pratique de ce traitement, et, loin d'en attribuer au hasard les bons résultats, nous avons été amené à penser qu'il devait plutôt y avoir là une relation de cause à effet. C'est ce rapport de causalité que nous allons nous efforcer de démontrer par la reproduction des observations trouvées dans la littérature médicale et la relation de quelques observations inédites.

Dans quelles variétés de péritonites l'anus artificiel peut-il être d'indication heureuse ? A quel moment et comment faut-il le pratiquer ? C'est ce que nous allons essayer de montrer. Enfin, nous expliquerons, en outre, comment l'entérostomie pratiquée à temps, précocement et même systématiquement, constitue un adjuvant très sérieux dans le traitement direct de certaines péritonites généralisées, à défaut de sérums spécifiques et en présence du traitement médical, le plus souvent inefficace, mais qui gagne à lui être associé.

Le sujet de notre travail ainsi défini, voici le plan que nous avons suivi.

Après un rapide exposé de l'historique de la question, nous étudions, en un premier chapitre, la pathogénie de l'iléus paralytique péritonitique et les lésions qui l'accompagnent.

Pour mettre en relief la valeur théorique de l'anus artificiel, au cours des péritonites, le second chapitre traitera le danger intestinal dans ces dernières. En pareil cas, en effet, la mort, indépendamment de la septico-pyohémie, relève du météorisme et de l'intoxication par les substances intestinales et les toxines microbiennes. Nous arrêtant plus particulièrement aux deux dernières causes de mort, nous indiquerons le rôle important que joue la dilatation intestinale dans la production et le maintien du météorisme et quels sont les accidents qu'elle produit.

Nous réunirons en un troisième chapitre toutes les observations que nous avons pu colliger. Nous discuterons leur valeur particulière et tirerons de chacune d'elles les

conclusions qui peuvent servir à se faire une idée générale de la valeur thérapeutique de l'anus artificiel dans les péritonites diffuses.

Etant donnée l'influence pernicieuse de la stase du contenu intestinal, on eut, depuis longtemps, l'idée d'évacuer l'intestin par des voies naturelles. L'indication des moyens employés et leur comparaison avec l'entérostomie constituera le quatrième chapitre.

En dernier lieu, concluant de l'efficacité ou de l'inefficacité de l'anus artificiel, au cours des péritonites, nous dirons ce qu'on peut en attendre et dans quelles péritonites.

# HISTORIQUE

L'idée de traiter les péritonites septiques diffuses par l'entérostomie est presque contemporaine. Elle remonte à quelques trente ans et fut émise, pour la première fois, par les chirurgiens Américains. Jusqu'alors, en cas d'infection péritonéale, les opérateurs n'avaient tenu compte que d'un danger : celui qu'entraînaient les résorptions à la surface de la séreuse. La résorption intestinale, l'empoisonnement stercoral n'avait pas frappé leur esprit. Pour eux, l'infection péritonéale était tout.

En 1890, Hadra attire l'attention sur le danger que présente l'intestin dans les péritonites, danger peut-être plus grand que celui du péritoine infecté, disait-il, et il insiste sur la nécessité qu'il y a à débarrasser le tube intestinal de son contenu. En pareil cas, en effet, l'intestin est, le plus souvent, atteint de paralysie. La circulation intestinale arrêtée, les résorptions toxiques, au niveau de l'intestin, sont autant, sinon plus, à craindre que celles dont le péritoine est le siège. De plus, l'intestin distendu, qui se trouve à l'étroit dans la cavité abdominale, peut être le point de départ de graves réflexes circulatoires et respiratoires. Enfin, par sa distension, la paroi intestinale peut devenir perméable aux microbes et toxines contenus dans l'intestin, et ainsi s'effectue une infection massive et continuelle de la séreuse péritonéale.

C'est Henrotin qui, pour la première fois, en 1893, pratiqua l'entérostomie au cours d'une péritonite septique

diffuse. A cette occasion, Hadra écrit : « Il est évident que les intestins doivent être débarrassés du contenu qui les « distend, des substances toxiques et des microbes, et « qu'ils doivent être maintenus dans les meilleures condi- « tions possibles, pour un drainage continu. On dispose, « actuellement, de plusieurs méthodes pour atteindre ce « but. Certains chirurgiens ponctionnent simplement les « intestins, ce qui est évidemment insuffisant, d'autres les « incisent et les lavent à fond, puis les referment, procédé « plus en accord avec les principes établis. Il y en a très « peu qui suturent l'intestin à la paroi abdominale (Hen- « rotin), de façon à établir une fistule temporaire permet- « tant le lavage et le drainage : ce sont les seuls, d'après « moi, qui agissent bien ».

Peu après Henrotin, Lennander, en Allemagne, inaugure la méthode en pratiquant une cœcostomie, pour occlusion péritonitique, tandis que Doyen, en France, la préconise. Cette méthode rencontra naturellement partisans et adversaires, et, c'est surtout dans la période qui s'étend de 1902 à 1907, qu'elle suscita de nombreuses discussions au sein des sociétés savantes de divers pays. Combattue par Nœtzel et Sprengel en Allemagne, qui prétendent qu'elle ne donne des résultats que dans les cas où elle n'est pas indiquée, par Friedrich, de Leipzig, qui ne l'applique que contraint et forcé, par Mac-Cosh, en Amérique, qui lui reproche d'aggraver le pronostic, par Bérard et Gangolphe, en France, qui la déclarent inopérante, la pratique de l'entérostomie, dans les péritonites, connut pourtant d'ardents défenseurs. Ces derniers furent Gebhart, Escher, Heidenhain, Busch, Lennander, en Allemagne ; Krœjius, en Finlande ; Lund, Hawkes, Greenough, en Amérique ; Poncet, Jaboulay, Doyen, Vallas, Leriche, Témoin, en France ; Ceci et Volterrani, en Italie.

En 1902, Heidenhain préconise l'entérostomie d'emblée, en cas de péritonite diffuse, pour éviter une seconde opération, quand on la suppose probable et il rapporte avec

son élève Busch, au XXXIV[e] Congrès de la Chirurgie Allemande, un cas heureux d'entérostomie qui paraît se rapporter à un iléus paralytique péritonitique véritable. A ce même Congrès, Doyen vante la jéjunostomie dans les cas de paralysie péritonitique généralisée à tout l'intestin.

Busch, puis Gebhart, en 1904, appliquent avec succès l'entérostomie dans quelques cas d'occlusion péritonitique.

L'année 1905 voit paraître les statistiques de Greenough concernant 41 cas de péritonites diffuses traitées par l'entérostomie : 24 fois cette dernière intervention fut primitive avec 5 guérisons, soit 21 % de succès. Ces 5 cas concernaient 4 péritonites appendiculaires et 1 péritonite consécutive à un ulcère gastrique. 17 fois l'entérostomie fut secondaire, mais nous n'en retiendrons pas les résultats, car elle paraît avoir porté sur des occlusions d'origine mécanique, avec péritonite discutable.

En 1905, Jaboulay, dans un article du *Lyon Médical*, montre la nécessité qu'il y a d'ouvrir, non seulement le péritoine, mais l'intestin et même l'estomac, dans les péritonites septiques généralisées.

Enfin, Volterrani, de Pise, en 1908, constate les avantages de l'entérostomie au cours de péritonites dans huit observations personnelles : Il s'agissait presque toujours de malades gravement atteints, auxquels plusieurs chirurgiens avaient refusé l'intervention et qui furent guéris par elle. Parmi ces huit cas, il en est un qui mérite d'être cité : il se rapporte à une péritonite généralisée d'origine appendiculaire, qui ne présenta aucune amélioration, malgré la laparotomie et le drainage d'un foyer purulent, de la fosse iliaque droite. Seule, l'entérostomie, pratiquée dans un second temps, amena la guérison du malade.

Tels sont, dans leurs grandes lignes, les faits qui se rapportent à la question. Actuellement, et depuis 1910, cette dernière semble être oubliée. C'est par hasard qu'un chirurgien pratique l'anus artificiel, plutôt pour lever un obstacle intestinal que pour guérir la péritonite. Et pour-

tant, les faits sont là qui montrent que cette intervention, dût-elle apparaître, même aux heures dernières, déraisonnable, est susceptible de donner des succès dans un ventre plein de pus et en pleine péritonite depuis des heures.

## CHAPITRE I

### Pathogénie de l'iléus péritonitique et lésions qui l'accompagnent

Au cours des péritonites, la paralysie intestinale peut reconnaître une origine mécanique ou dynamique. Quoique apparaissant parfois dans les péritonites, les occlusions mécaniques ne constituent pas les véritables occlusions péritonitiques. Les dynamiques, au contraire, sont plus fréquentes et ce sont elles que nous aurons surtout en vue dans notre étude.

Une anse perd son tonus, ne se contracte pas, se laisse distendre et n'arrive plus à chasser son contenu dans les portions qui lui sont sous-jacentes. Sur la cause de cette paralysie l'accord n'a pu se faire. D'aucuns pensent qu'elle est sous la dépendance de l'inflammation de la séreuse péritonéale ; conformément à la loi de Stokes, en effet, la tunique musculaire, sous-jacente à la séreuse enflammée, serait parésiée et une constipation opiniâtre en serait la conséquence. D'autres attribuent cette paralysie à un réflexe : l'infection inhiberait les plexus nerveux intra-abdominaux présidant au tonus intestinal.

De toute façon, et quelque soit la cause de la paralysie, un fait est certain : c'est que cette dernière, une fois installée, ne peut qu'aller en s'aggravant si on n'y porte remède. L'intestin se distendant, son épithélium, attaqué par les produits toxiques et par les microbes, s'altère et tombe. Ses parois sont alors perméables aux produits septiques, se laissent infiltrer et deviennent œdémateuses. Dès lors, suivant Lennander, les fibres du plexus d'Auerbach

perdent contact avec les éléments contractiles qu'elles innervent.

Ainsi donc, toutes les causes invoquées agissent simultanément, s'aggravent mutuellement, et rendent la paralysie de plus en plus grave.

Il est rare, cependant, que les paralysies intestinales se rencontrent à l'état isolé. Des adhérences s'établissent, et les anses isolées, dont le revêtement séreux est dépoli, pourront se souder entre elles. L'intestin distendu tendra à se couder (les colons, de par leurs coudures anatomiques notamment), si bien qu'à un stade avancé, facteurs dynamiques et mécaniques agissent de concert et s'aggravent réciproquement. De par l'existence de l'atonie intestinale un obstacle mécanique minime, en temps ordinaire insuffisant, déterminera une occlusion fatale ; d'autre part l'obstacle mécanique, le défaut de glissement des anses dépolies, agglutinées par des fausses membranes, favorisera le développement d'une paralysie dynamique et l'accroîtra en tous cas.

Voyons maintenant quelles sont les lésions qui accompagnent l'iléus péritonitique ?

Ces lésions appartiennent à deux types distincts, suivant l'origine de l'iléus.

L'iléus est-il mécanique ? L'intestin, naturellement, est alors dilaté au-dessus de l'obstacle.

Plus complexes sont les lésions s'il s'agit d'iléus paralytique. Toutes les parties du tractus intestinal ne sont pas également frappées. D'une façon générale, la distension porte sur le grêle, mais non dans sa totalité. Suivant Heidenhain, la paralysie serait d'abord localisée au niveau d'une anse ; celle-ci dépourvue de péristaltisme ne pourrait plus désormais chasser son contenu dans le segment intestinal sous-jacent et l'anse paralysée, se comporterait alors comme un véritable obstacle mécanique ; par suite de l'arrêt de la circulation des matières et des gaz, la paralysie remonterait de proche en proche et gagnerait le

pylore. Quand la paralysie aurait frappé la totalité de l'intestin grêle, la situation serait alors grave et presque sans remède.

La dilatation du grêle, dans les cas qui ne sont pas trop avancés, peut ne pas s'étendre à la totalité de l'intestin ; les parties supérieures du grêle, au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, peuvent échapper à la paralysie et ce, d'autant mieux, que le processus infectieux n'a pas atteint le haut abdomen : ce sont là les cas favorables.

Dans la paralysie dynamique, le gros intestin, le cœcum excepté, est peu touché. Ce dernier, au contraire, est distendu à la fois par les fermentations actives qui se font à son niveau et aussi par le passage à son intérieur des liquides et des gaz qui, par regorgement, arrivent à forcer la valvule iléo-cœcale.

Enfin la paralysie, ainsi que l'a montré Jaboulay, peut atteindre l'estomac. Le contenu intestinal arrêté dans sa progression reflue et se déverse dans l'estomac. Celui-ci se laisse alors distendre et se paralyse d'autant mieux qu'en cas de péritonite diffuse, la séreuse gastrique est baignée par le pus.

L'intestin frappé de paralysie contient des liquides et des gaz. Au niveau du grêle, les gaz sont surtout abondants et leur présence constitue un danger, d'autant plus considérable, que leur circulation dans les anses paralysées se fait beaucoup plus difficilement encore que celle des liquides et crée à l'évacuation de l'intestin un obstacle presque insurmontable.

Ces lésions de l'intestin ne vont, naturellement, pas sans être causes de dangers redoutables que nous allons, maintenant passer en revue.

## CHAPITRE II

### Dangers venus de l'intestin

Nous venons de voir qu'en cas de péritonite, l'intestin frappé de paralysie, s'immobilise. Il s'ensuit, suivant Nœtzel, et alors même que la cause de la péritonite a été supprimée, une production exagérée et une accumulation de produits toxiques. De plus, la gêne, voire même l'arrêt de la circulation intestinale, engendre une stagnation des matières dans l'intestin. Sous l'influence de cette stagnation et de l'exaltation de la virulence des microbes habituels du tube digestif, des fermentations se produisent, le contenu intestinal se décompose ; la lécithine, la viande et les différents aliments se transforment en neurine et en choline et ces produits en se combinant avec des alcaloïdes (putrescine, cadavérine, muscarine) donnent naissance à des poisons redoutables. Il y a en outre formation d'acides capronique et caprilique. De la production de ces corps toxiques, résulte une inflammation de la muqueuse gastro-intestinale et des lésions considérables apparaissent. En même temps que les fermentations, il y a hyperproduction de gaz redoutables. De plus, avec sa grande longueur et sa richesse en vaisseaux sanguins et lymphatiques, l'intestin constitue une surface d'absorption très étendue, au niveau de laquelle les liquides toxiques seront résorbés en masse. Les gaz eux-mêmes seront absorbés. L'intoxication par les gaz et les liquides digestifs a été étudiée par Barbacci. Déjà, en 1867, Cantani admettait la résorption des gaz intestinaux qui se fait, disait-il, quand la tension des gaz a atteint

une certaine limite et cesse lorsque par suite de leur résorption, la tension a baissé au-dessous de la dite limite. Les gaz passent, très lentement, dans le sang qui les évacue au niveau du poumon ou de la peau. Ainsi s'établit « l'idrotionémie », c'est-à-dire l'empoisonnement du sang par l'hydrogène sulfuré, d'où phénomènes de dépression du système nerveux. C'est, d'ailleurs, ce que Kan Kato confirma en 1910. Cette résorption, par l'intermédiaire de la circulation, trouve, en cas de péritonite, un adjuvant appréciable dans l'inflammation de la muqueuse intestinale. Les microbes, eux-mêmes, au niveau de la muqueuse emflammée et détruite par endroits, passent dans le torrent circulatoire, en très grand nombre, et ainsi la bacillémie se joint à la toxhémie.

En outre, l'intestin, dont les parois exagèrement distendues sont altérées par le contact de liquides septiques et de microbes virulents permet la transsudation, de dedans en dehors, des microbes et des produits toxiques et ainsi se produit une réinfection de la séreuse péritonéale. D'après Lanz et Tavel, Cassin et Charrin, cette transsudation serait surtout permise après la chute de l'épithélium intestinal altéré.

Enfin, le météorisme n'est pas le moins important, parmi les facteurs d'aggravation de la péritonite. Nous avons vu que les fermentations dans l'intérieur de l'intestin produisaient des quantités considérables de gaz. Cette hyperproduction de gaz, à laquelle s'ajoute la stagnation des liquides, a tout d'abord pour effet de déterminer un ballonnement très marqué du tube digestif. Celui-ci, distendu à l'étroit, dans une cavité abdominale trop petite pour le contenir, va de façon mécanique déterminer des accidents divers, en premier lieu une tension abdominale énorme, douloureuse ; ensuite un refoulement marqué du diaphragme, avec gêne des mouvements du cœur et de l'ampliation pulmonaire, et, consécutivement, troubles de la circulation et de la respiration. Le météorisme, à lui

seul, prend une part très importante dans la production des désordres vasculaires et nerveux. Il amène l'hypotension artérielle et l'accélération du pouls, par action réflexe. Le diaphragme étant refoulé, on voit ses mouvements gênés, puis irréguliers. La respiration devient brève et superficielle et, si le météorisme se développe rapidement, la dyspnée peut acquérir une grande intensité et s'accompagner de cyanose des extrémités digitales. La dyspnée est encore accrue par la compression des poumons, surtout au niveau des lobes inférieurs ; dans ces conditions l'oxygénation du sang se fait mal et c'est ce qui explique certains phénomènes asphyxiques.

L'action du météorisme sur le fonctionnement du cœur et du poumon, apparaît comme remarquablement nette, à la suite d'interventions, au cours desquelles on rappelle des mourants à la vie, par la simple incision du péritoine. Jaboulay, à ce propos, a rapporté l'histoire d'une femme en imminence de mort, qui, immédiatement à la suite de l'évacuation des gaz contenus dans le péritoine, fut comme rappelée à la vie et éprouva un soulagement intense.

Dans tout ce qui précède, on voit combien est redoutable l'atteinte de l'intestin au cours des péritonites. Certains ont prétendu que c'était là le seul danger, le danger péritonéal étant en pratique négligeable et en tous cas minime, après traitement judicieux de la légion causale et de la séreuse : le péritonique, a-t-on souvent dit, meurt davantage d'intoxication intestinale que péritonéale. Cette manière de voir est parfois juste. Dans quelques cas indéniables, l'état de l'intestin fait la gravité et le pronostic de la péritonite. De ce fait, le chirurgien devra, de tous ses moyens, s'attacher à combattre la paralysie du tube digestif. Cela est si vrai, qu'un cas de péritonite appendiculaire, au début, bien que le péritoine soit légèrement ensemencé, et parce qu'il ne l'est que légèrement, beaucoup de chirurgiens n'hésitent pas, l'appendice enlevé, à refermer le ventre sans drainage, laissant le pus dans la séreuse, pus

qui se résorbera et dont le péritoine sera facilement victorieux : c'est qu'à ce moment la phase intestinale de la péritonite ne s'est pas encore déclarée.

On pourrait objecter, à cette manière de voir, que si des chirurgiens referment l'abdomen avec du pus, c'est affaire de quantité et de qualité de ce pus ; que ces chirurgiens n'agiraient pas ainsi s'ils savaient le pus très abondant et très virulent. Il y a beaucoup de vrai dans cette objection, mais le seul fait qu'une péritonite appendiculaire, qui paraissait devoir être mortelle, opérée tardivement, a pu lutter de nombreux jours ou même guérir à l'aide de l'anus artificiel, prouve tout de même que la qualité virulente du pus et sa quantité sont des facteurs, de gravité moindre, que ceux relevant de la stercorémie.

## CHAPITRE III

## OBSERVATIONS

### Obs. I

Gellé, de Provins. — Société de Chirurgie. Séance du 14 décembre 1898 (*In Bulletin et Mémoires*, n° 24, p. 1132. Année 1898).

*Péritonite par perforation siégeant sur la face antérieure du cœcum. — Anus iliaque. — Guérison*

Le nommé Victor Brun..., maçon, âgé de 32 ans, est amené à l'Hôtel-Dieu de Provins, le 28 janvier 1895, dans l'après-midi. Bien qu'habitant la France depuis un an, le malade, Italien d'origine, parle à peine le français et ne peut donner que des renseignements très imparfaits sur le début et la durée de sa maladie. Le patron, qui l'emploie comme ouvrier de ferme, et qui l'a amené, a déclaré à la sœur de service que son ouvrier paraissait mal en train depuis quelques jours et que l'avant-veille, c'est-à-dire le 26, il avait été pris de douleurs abdominales très violentes, de vomissements et de fièvre. Le lendemain, 27, un médecin avait été appelé et avait conseillé le transport immédiat du malade à l'hôpital ; mais ce transport n'avait pu avoir lieu plus tôt ; du reste, depuis la visite du médecin, cet homme paraissait moins souffrir.

A l'examen, le malade présente bien le faciès abdominal ; il a beaucoup souffert pendant le trajet de 16 kilomètres qu'il vient de faire en voiture.

Le ventre est tendu et douloureux ; cette douleur généralisée paraît plus vive dans la région cœcale. A ce niveau on constate un empâtement profond, dépassant comme étendue la ligne médiane, sans rougeur, ni altération de la peau. La soif est vive, la langue sèche. La température est

de 39°2. Prescriptions : Bains, pansements boriqués, 1 gr. 50 de benzonaphtol.

Le lendemain 29 janvier, l'état est le même. Le malade souffre, cependant, un peu moins. Opération avec l'assistance du docteur Merlin et du docteur Desprez, médecin-major.

Incision latérale droite répondant à la partie la plus saillante de la région empâtée. A peine le péritoine est-il ouvert qu'il s'écoule une quantité assez considérable de liquide jaunâtre, très fétide et constitué par du pus et des matières fécales.

L'épanchement évacué, la cavité est lavée largement à l'eau bouillie ; on trouve sur la face antérieure du cœcum, une ulcération à bords déchiquetés noirâtres, des dimensions d'une pièce de 0 fr. 20 centimes.

Etant donnés l'état général et les adhérences qui avaient isolé la séreuse, je me décidai à ouvrir largement le cœcum et à le fixer à la peau ; deux points de suture aux angles ; quatre de chaque côté, affrontèrent exactement l'intestin et la paroi.

Les suites ne présentèrent rien de particulier. Dès le lendemain la fièvre tomba à 37° pour s'y maintenir, sauf pendant deux jours, les 12 et 13 février, sous l'influence d'une poussée de grippe.

Le 25 mars, fermeture de la fistule cœcale par une suture à la Lembert. Pansement à la gaze iodoformée.

Le 9 avril, le malade reçoit son dernier pansement et le 1er mai il sort guéri de l'Hôtel-Dieu pour être rapatrié en excellent état et sans menace d'éventration.

Cette observation présente, d'après nous, l'exemple d'une péritonite large, mais localisée, et non vraiment généralisée, bien qu'elle soit consécutive à une perforation, donc grave.

Elle est d'un appoint médiocre pour étayer la valeur de l'anus artificiel dans les péritonites généralisées. Nous la citons pour montrer un cas douteux, à notre avis, et malgré l'esprit contraire de l'auteur.

Obs. II

Vignard. — Société de Chirurgie de Lyon, séance du 17 mars 1910 (*In Lyon-Chirurgical*, Mai 1910, p. 902-905).

*Péritonite appendiculaire. — Anus contre nature spontané. Guérison*

Appendicite à plastron iliaque droit et avec abcès qui semblait pointer un peu vers le rectum. Le malade est tenu en observation. Cependant la température subit une petite poussée et ascension leucocytaire de 12.000 à 21.000 globules blancs.

Examen sous anesthésie : On trouve une collection assez volumineuse qui bombe dans le rectum et qu'on essaie discrètement de rompre avec l'index. Mais, la collection résistant à la pression, on n'insiste pas.

Le soir, vomissements, température : 40° ; tous les signes d'une péritonite généralisée. Au toucher rectal la collection avait totalement fondu : l'abcès s'est donc rompu en plein péritoine. Laparotomie médiane immédiate (Vignard). Ventre plein de pus. Assèchement du péritoine et drainage avec trois drains. Après 5 ou 6 jours d'un état très alarmant, amélioration ; mais sur l'intestin grêle s'est ouverte, spontanément, une fistule qui se transforme bientôt en véritable anus contre nature. Celui-ci, par l'abondante déplétion qu'il facilita, semble avoir contribué à l'amélioration du malade.

Cure ultérieure de l'anus contre nature par une résection intestinale. Guérison.

Cette observation, intéressante en elle-même, l'est autant par le commentaire de Vignard et l'idée de guérison qu'il attache à la formation de l'anus contre nature.

Obs. III

Hirschel. — *In thèse* L. Arnaud, Lyon 1911.

*Péritonite appendiculaire. — Anus cœcal artificiel. Guérison.*

Il s'agissait d'une péritonite appendiculaire largement diffuse. Après lavage du péritoine, en raison du ballonne-

ment considérable des anses, fut pratiqué un anus cœcal. Cette ouverture ne donnant rien ou presque, Hirschel fit pénétrer un drain à travers la valvule iléo-cœcale : il s'écoula, alors, deux litres de matières, environ. Guérison.

Cette observation est typique, malheureusement trop écourtée, et il serait osé d'en tirer des conclusions formelles.

### Obs. IV

Rouvillois. — Société de Chirurgie. Séance du 29 janvier 1913. *In Bulletin et Mémoires*, n° 39, p. 199, année 1913).

*Péritonite typhoïdique. — Laparotomie. — Drainage. Anus iliaque spontané. — Cure chirurgicale de l'anus. Guérison.*

Le soldat colonial B..., âgé de 21 ans, est amené d'urgence dans mon service de l'hôpital de Casablanca le 20 décembre 1911, dans un état général et local imposant le diagnostic de péritonite aiguë généralisée, à marche rapide. Il a été trouvé dans cet état, deux heures auparavant, par mon camarade, le médecin-major Chatain, qui l'observait depuis le 15 novembre, date à laquelle il était entré au dépôt de convalescents, pour anémie consécutive à plusieurs atteintes de paludisme et dysenterie, contractés pendant la colonne de Fez.

Du 15 novembre au 19 décembre, il ne présente qu'une série d'accès fébriles, d'apparence nettement paludéens, lorsque le 20, à la visite du matin, il est trouvé, sans cause connue ou appréciable, dans un état si alarmant, qu'il est amené d'urgence à l'hôpital.

Le ventre, météorisé, très douloureux à la palpation, la température élevé (39°) le pouls misérable (120) et la rétention d'urines, ne laissent aucun doute sur le diagnostic de péritonite aiguë généralisée, dont l'origine reste imprécise. La laparotomie s'imposait.

Opération le 20 décembre. Anesthésie générale. La laparotomie sous ombilicale médiane, donne issue, dès l'ouverture du péritoine, à une certaine quantité de liquide purulent mais inodore. Les anses grêles, congestionnées et météorisées, font immédiatement hernie et j'éprouve beau-

coup de peine à les rentrer. Aucune trace de perforation.

La laparotomie pratiquée dans la fosse iliaque droite donne issue à une grosse quantité de liquide purulent, à odeur fécale. L'intestin grêle ainsi que le gros intestin sont congestionnés et météorisés et j'éprouve quelques difficultés à les rentrer dans le ventre. Aucune trace de perforation. D'ailleurs l'état du malade est si précaire, que toute recherche ne peut qu'être dangereuse. L'appendice est sain.

Deux gros drains dans chaque plaie. Sutures au fil d'argent. Le malade est installé dans son lit, en position demi-assise. Diète absolue. Glace. Spartéine, huile camphrée et morphine. 500 cm3 de sérum. Le soir la température tombe à 38°2, mais le pouls monte à 130.

21 décembre. — Euphorie parfaite. Le malade ne se plaint que de quelques coliques. Pouls toujours faible (140). La rétention d'urines a disparu.

22-23-24 décembre. — L'état est sensiblement stationnaire. Le pansement est refait tous les jours et est un peu souillé. Le pouls est toujours faible. Quelques vomissements apparaissent.

25 décembre. — Les vomissements cessent. Le pouls est un peu meilleur. Le séro-diagnostic, pratiqué à deux reprises différentes, est nettement positif.

26 décembre. — Au pansement, on constate pour la première fois, au lieu du pus des jours précédents, la présence de matières fécales. Le pouls est un peu meilleur, mais toujours rapide (entre 110 et 120). Les vomissements n'ont plus reparu.

27 décembre. — Le malade qui, depuis l'intervention était constipé, a eu, pendant la nuit, une selle abondante, contenant du sang noir. Le pouls est toujours médiocre.

28-29-30-31 décembre. — L'état est sensiblement stationnaire, mais la faiblesse est toujours extrême. La plaie de la laparotomie médiane est à peu près cicatrisée, mais il persiste a sa partie inférieure, un petit trajet aboutissant au foyer iliaque. La plaie de la fosse iliaque droite est complètement désunie. Une anse grêle congestionnée adhère à son bord interne et les matières fécales s'écoulent, largement, à la partie inférieure de la plaie.

1er janvier 1912. — Les états, général et local, sont un peu meilleurs, malgré quelques hoquets et un vomissement.

Le pouls est plus rapide (au-dessus de 120), mais mieux frappé. Les matières fécales sortent en presque totalité par la partie inférieure de la plaie iliaque.

Je reprends progressivement l'alimentation (bouillon, lait, œufs, jus de viande) tout en continuant l'administration de spartéine, huile camphrée, morphine et sérum.

5 janvier. — Amélioration notable, le pouls tombe définitivement au dessous de 120 et est mieux frappé. Le faciès est meilleur, les forces reviennent. On supprime toute médication.

10 janvier. — Depuis deux jours la température remonte un peu : petite poussée pulmonaire. Les matières fécales inondent, tous les matins, le pansement et, depuis le 1er janvier, le malade ne fait aucune selle par l'anus. A signaler un petit point de sphacèle sur l'anse grêle herniée.

15 janvier. — La température tombe à 37°. Le pouls bat autour de 110. Etat général stationnaire.

25 janvier. — Depuis le 20 janvier, les matières fécales commencent à repasser par le bout inférieur et à sortir par l'anus. Au pansement, les matières fécales sont, naturellement, moins abondantes, mais, ce matin, la petite plaque de sphacèle, de l'intestin, a donné lieu à une perforation, des dimensions d'une lentille, donnant issue à une grande quantité de bile, qui détermine une irritation cutanée, au voisinage de la plaie. La partie inférieure de la plaie sous ombilicale reste toujours fistuleuse. Néanmoins, l'état général s'améliore visiblement.

L'alimentation est augmentée d'une façon progressive.

20 février. — La fistule médiane est complètement fermée. La plaie iliaque ne laisse plus échapper que très peu de matières fécales, mais donne issue à une quantité notable de bile qui nécessite l'emploi d'isolants variés, pour protéger la peau. L'état général est dès maintenant excellent et le malade commence à se lever.

20 mai. — Depuis trois mois l'état général du malade s'est amélioré d'une façon surprenante. Il a considérablement engraissé. Selles régulières. Ni diarrhée, ni constipation. La cicatrice sous ombilicale est solide et présente une certaine tendance chéloïdienne.

La cicatrice de la fosse iliaque présente à sa partie moyenne, un anus dont la lèvre extérieure est complètement

éversée. L'orifice intestinal a un centimètre et demi de hauteur sur un centimètre de large. Il n'existe pas d'éperon, mais, au moindre effort, la muqueuse fait une hernie notable. Légère rougeur de voisinage due à la bile.

Le seul pansement que le malade porte depuis trois mois consiste en un petit bouchon de gaze stérilisée qu'il change tous les matins. A ce moment, il s'écoule de la bile claire, pure, en assez grande abondance et pas de matières fécales. De temps en temps, dans l'après-midi, la gaze est expulsée par un petit bouchon fécal, des dimensions d'une noix. L'orifice intestinal n'ayant plus aucune tendance à la fermeture spontanée, l'intervention est décidée.

Opération le 25 mai. — Fermeture de l'orifice.

12 juin. — Le malade se lève, s'alimente.

17 juillet. — Sort de l'hôpital, en convalescence de plusieurs mois, à l'issue de laquelle il rejoint son corps.

Actuellement, guérison complète et définitive. La paroi abdominale est un peu relâchée, mais peut être assez bien maintenue par une ceinture appropriée pour permettre au malade de continuer son service.

Comme dans les observations précédentes, il est ici question de péritonite sans nulle trace d'obstruction intestinale primitive et l'on voit que l'anus artificiel ou spontané a donné un excellent résultat, indépendamment de tout obstacle levé.

### Obs. V

Chalier (André). — Société Nationale de Médecine de Lyon, séance du 25 mars 1912 (*In Lyon Médical*, n° 118, p. 1134-1136. Année 1912).

*Péritonite occlusive guérie par la colostomie transverse. Guérison. — Présentation du malade*

Cet homme, âgé de 44 ans, fut pris brusquement, en pleine santé, le 20 janvier 1912, de douleurs abdominales vives, diffuses, mais prédominantes cependant à droite, et accompagnées de vomissements.

Le lendemain, mêmes symptômes. Il entra à l'Hôtel-

Dieu, dans le service de M. Leclerc : là, en raison du début brusque de l'affection, de l'absence d'ictère et de coliques hépatiques dans les antécédents, et du siège de la douleur à la pression, dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite, on fit le diagnostic d'appendicite aiguë à forme supérieure. L'état général était assez grave ; la température atteignait 39°, le pouls, 120. On fit alors passer le malade dans le service de M. Jaboulay, où l'intervention fut décidée. Elle fut ainsi conduite (23 janvier 1912) : laparotomie latérale droite sur le bord externe du grand droit, dans la fosse iliaque ; à l'ouverture du péritoine, issue de liquide séreux. Cœcum distendu. Epiploon adipeux, épaissi, œdémateux. Appendice caché, postérieur, rétro-cœcal, en position ascendante ; pas d'adhérences, pas de lésions macroscopiques. Malgré cela, on pratique l'appendicectomie. Par le haut de l'incision, on explore la vésicule qui paraît grosse ; avant de s'y diriger, on referme presque complètement l'incision dans ses 3/4 inférieurs, en laissant seulement une petite mèche rétro-cœcale. On agrandit ensuite l'incision par le haut, et l'on tombe sur une vésicule volumineuse, tendue, piriforme, complètement libre d'adhérences et paraissant sur le point de se perforer. On ne sent aucun calcul dans les voies biliaires. Après les soins de protection habituels, on ponctionne, avec un gros trocart, la vésicule. Il s'en écoule un liquide brun sale, renfermant d'une part des traînées blanchâtres qui correspondent, peut-être, à de la suppuration à son début et d'autre part, des particules noirâtres qui représentent, vraisemblablement, du sable biliaire, mais il n'y a pas de véritable calcul. Cholécystostomie et drainage de la vésicule.

Les jours suivants les phénomènes péritonéaux, constatés avant l'opération, continuèrent à évoluer, mais avec prédominance des phénomènes occlusifs.

Le 26 janvier, trois jours après l'opération, l'état général était très grave, le pouls à 130, la température à 39°2, et le météorisme extrême, généralisé à tout l'abdomen, mais avec une saillie particulièrement marquée de l'épigastre. Il s'agissait là, semblait-il, d'une énorme dilatation de l'estomac, comme on en observe, fréquemment, au cours des péritonites diffuses. Dans le but de pratiquer une gastrostomie évacuatrice, telle qu'il l'a préconisée en pareil cas depuis plusieurs années, M. Jaboulay fit sous anesthésie locale, au kélène, une boutonnnière médiane, sous xy-

phoïdienne, correspondant à la portion la plus dilatée du tube digestif. Il fut impossible, à la vue, de se rendre compte s'il s'agissait de l'estomac ou de l'intestin. Quoiqu'il en soit, ce segment dilaté du tube digestif fut fixé à la peau et incisé sur une faible longueur. Par cet orifice, il s'échappa une énorme quantité de gaz, sous pression, extrêmement fétide ; le ventre se déballonna de façon notable, et dès les quelques minutes qui suivirent, le malade se sentait soulagé. Le soir, le pouls fut moins rapide, la température, moins élevée, le météorisme bien moindre, et c'est seulement le lendemain que l'issue des matières fécales par l'orifice de ponction épigastrique montra qu'il s'était agi, non pas d'une gastrostomie, mais d'une colostomie transverse.

Depuis lors, l'amélioration fut progressive. La fistule biliaire élimina tardivement quelques petits calculs et s'oblitéra vers la quatrième semaine. Les fonctions digestives et l'état général se rétablirent au point qu'actuellement le malade a repris ses forces, se lève et marche, mange absolument de tout et évacue la plupart de ses fèces par l'anus ; la fistule colique transverse persiste encore, mais ne laisse passer des matières que par intermittences.

Actuellement, 20 mai 1912, la guérison de ce malade est complète, mais la fistule colique transverse a du être oblitérée par une entérorraphie latérale.

S'agit-il bien de péritonite simplement occlusive dans ce cas qui a évolué avec des symptômes d'infection généralisée (pouls 130, fièvre 29°) et en particulier de la vésicule biliaire ? C'est douteux. Aussi rangeons-nous délibérement ce fait parmi les infections péritonéales pouvant bénéficier de l'anus artificiel.

### Obs. VI

Due à l'obligeance de M. le professeur Cabanes

*Péritonite généralisée par obstruction intestinale. — Volvulus sur un kyste hydatique sous péritonéal. — Laparotomie. — Anus contre nature. — Guérison.*

X.. , fillette de 8 ans, a été soignée en ville, pour des coliques, par un premier médecin, qui s'est borné à pres-

crire des cataplasmes. Notre confrère, le docteur Mattéi, l'examine au huitième jour, pose le diagnostic d'obstruction intestinale et l'envoie d'urgence à l'hôpital à 20 heures. Je la vois : son état est très grave. Pouls : 140, filiforme, température basse, ventre bombé, tympanisé, vomissements porracés. Faciès péritonéal, voix cassée. Je pense à une péritonite généralisée et, vu l'état d'extrême faiblesse de la petite malade, ayant l'impression que sa mort n'est qu'une affaire de quelques heures, je suis presque tenté de m'abstenir, lorsque, après observation persistante du ventre, je vois passer une onde péristaltique, qui me décide sur le champ à intervenir.

Laparotomie médiane sous ombilicale avec l'aide de Mlle Petit. Anesthésie générale par M. Coste, interne de garde.

Dès l'ouverture du péritoine, un flot de pus, jaunâtre et lié, jaillit : l'abdomen en est plein, entre les anses intestinales, et le petit bassin rempli. Après essorage rapide aux compresses, les anses intestinales dépolies, rouges, apparaissent énormes à la partie supérieure de l'abdomen, aplaties au niveau de la région cœcale ; elles sont agglutinées là avec l'épiploon, le cœcum et le colon ascendant en une masse de nœuds inextricables. Je parviens à détordre deux anses dilatées du grêle, enroulées sous le mésentère et sus-jacentes à cette masse, qui mesure bien la grosseur de deux poings. Je renonce à dénouer le gros du volvulus, par peur de rompre une anse en mauvaise situation. L'anse détordue est attirée au dehors du champ opératoire et ouverte franchement. Après que les matières fécales, liquides, se sont bien écoulées, elle est suturée à la peau. Anus artificiel médian au-dessous de l'ombilic. Drainage du bassin sur le pubis par trois drains. Pansement.

Le lendemain, la petite malade ne parle plus et vomit sans cesse. Pouls : 150. Craignant un dénouement fatal à brève échéance, la famille l'emporte de l'hôpital. Nous n'y pensions plus, lorsque vingt jours plus tard, le docteur Mattéi nous rappelait auprès d'elle. L'état général nous parut bon. L'anus artificiel fonctionnait bien, le péritoine s'était refermé dès l'enlèvement des drains.

Cette malade a parfaitement guéri par la suite, après une seconde intervention qui a consisté à ouvrir un kyste

hydatique sous péritonéal de la région lombaire sur lequel s'était tordu l'intestin. L'anus artificiel s'est fermé spontanément.

Cette observation rentre dans la catégorie des faits où l'anus artificiel a levé un obstacle et il est possible de dire, de soutenir que cela a été son rôle libérateur essentiel. Mais il y avait une telle quantité de pus dans l'abdomen de la petite malade et son état général, surtout, était si alarmant, si précaire, qu'on ne peut point ne pas voir, outre ce rôle indéniable, combien la péritonite a évolué heureusement et a été influencée malgré l'affirmation de ses caractères de gravité.

## Obs. VII

Due à l'obligeance de M. le professeur Cabanes

*Péritonite aiguë généralisée par obstruction (tuberculose utéro-annexielle). — Laparotomie. — Anus contre nature — Guérison. — Mort ultérieure.*

Une mauresque de 36 ans est hospitalisée en juillet 1921 à l'hôpital de Mustapha. Elle présente des phénomènes d'obstruction intestinale quand on appelle M. le docteur Cabanes, chirurgien de garde. Vue à ce moment elle est en pleine péritonite généralisée. Ventre uniformément tympanisé ; pas de selles par l'anus depuis 6 ou 7 jours. Longs vomissements fécaloïdes répétés. Respiration type costal. Pouls filiforme, cœur à 140. Faciès caractéristique, sueurs froides, extrémités cyanosées. La péritonite paraît dater de deux jours environ. L'état est presque désespéré, très grave en tout cas. M. Cabanes pense à une obstruction intestinale par coudure ou bride au cours d'une lésion tuberculeuse.

On donne quelques bouffées d'éther dont on interrompt vite l'administration, la malade respirant très mal.

Laparotomie médiane sous ombilicale. Des flots de pus s'écoulent et l'on n'essaie pas de tarir complètement le bassin et les flancs. Quelques vigoureuses expressions, à travers les champs opératoires, font se dégorger l'abdomen de plus

de 800 grammes de pus. Les anses sont rougeâtres, dépéritonisées, et couvertes, par endroits, d'exsudats membraneux. Toute exploration constituant un complément opératoire, insupportable certainement, on s'interdit toute vérification de la lésion originelle, toute manipulation intempestive. Drainage du Douglas sur le pubis. Fermeture de l'incision à sa partie moyenne. A l'extrémité supérieure, une anse grêle dilatée est attirée et ouverte après suture au péritoine et à la peau. Un drain stérile, perforé latéralement une fois, près de son extrémité abdominale, est introduit dans le bout supérieur du grêle, assez loin, 10 à 12 centimètres environ. La néostomie est serrée par un catgut à son pourtour. Aucune issue de matières fécales, quelques gaz. L'extrémité distale du drain tombe hors du champ opératoire.

Injections successives dans le drain, lavage à l'aide de 5 litres de sérum artificiel chaud. Enorme débâcle infecte. L'intervention a été courte. La malade est rapportée mourante dans son lit. Le tube de lavage s'écoule dans un récipient comme pour une pleurésie purulente. Pansement isolant le tube du Douglas.

Le lendemain amélioration très notable, rapide.

Le troisième jour suppression du drain intestinal. Pansements multiquotidiens par la sœur du service.

Le drain du Douglas a été enlevé le 10e jour.

Lentement la malade se remet. Elle présente au niveau de son anus artificiel sur toute la paroi abdominale une très vive inflammation permanente.

La malade est manifestement une tuberculeuse — avec de légères lésions aux sommets. Après cinq mois de séjour à l'hôpital, elle sort guérie.

Ultérieurement, cette malade a été reprise pour la cure de son anus et le chirurgien qui l'a opérée a trouvé une tuberculose utéro-annexielle.

Mort plus tard.

Cette malade a paru à notre maître dans un état vraiment désespéré. Il croit que la guérison est due au bénéfice de l'entérostomie certes, mais aussi au lavage du bout supérieur du grêle à l'aide de 5 litres de sérum artificiel, très chaud, qui ont immédiatement amélioré les phénomènes d'intoxication.

### Obs. VIII

J. Croft. — *In Lancet*, année 1887.

*Péritonite par contusion abdominale. — Anus artificiel. Guérison. — Mort ultérieure.*

Homme de 34 ans opéré 24 heures après avoir reçu un coup de pied de cheval dans le ventre. Choc. Péritonite. Rupture de la partie inférieure de l'iléon, étendue aux 3/4 de sa circonférence. Epanchement de matières fécales. Lavage de l'abdomen. Suture de la plaie intestinale à la paroi abdominale. Durée de l'opération : 1 heure et demie. Guérison.

*Remarque.* — Le malade mourut 20 jours après de choc à la suite d'une opération ayant duré 2 heures et demie pour fermer son anus artificiel.

Cette observation est remarquable parce qu'il ne s'agit en rien d'un fait d'occlusion. Son évolution eut été fatale par infection directe du péritoine sans l'intervention. On peut objecter qu'une résection intestinale et le drainage de l'abdomen eussent mieux fait et que cela était possible puisque le malade a supporté une première intervention de 1 heure et demie (année 1887). Quoiqu'il en soit, l'anus artificiel a donné un bon résultat malgré l'épanchement de matières fécales dans le péritoine.

### Obs. IX (résumée)

Bouilly. — Société de Chirurgie (*In Bulletin et Mémoires*, année 1883, p. 699).

*Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. — Rupture de l'intestin grêle. — Laparotomie. — Anus contre nature spontané. — Mort.*

Homme de 29 ans. Double coup de pied de cheval un peu au-dessous de l'ombilic. Vives douleurs. Vomissements. Le soir, signes d'une péritonite au début. Température 37°, (11 juin 1883).

Traitement : Cataplasmes, extrait thébaïque (cinq centigrammes). Glace.

Le 12, aggravation des symptômes. Vomissements incessants, bilieux, verts foncés.

Pas de gaz, pas de selles. Urines claires, limpides.

Pouls petit, fuyant, température 37°8.

Intervention 23 heures après l'accident. Incision médiane sous ombilicale de 10 à 12 centimètres. Issue d'un liquide noirâtre, abondant, mélangé de parcelles fécaloïdes. L'intestin, dévidé sur une longueur de 1 mètre, présente sur un point un commencement de gangrène, et 5 ou 6 centimètres plus loin une perforation grande comme une pièce de 0,50 centimes, sur le bord couvert de l'intestin. Résection des parties malades, sur une étendue de 10 centimètres. Suture de Lembert. Lavage et drainage du péritoine.

Le 15 à 21 heures, débâcle intestinale, établissement spontané d'un anus artificiel.

Le 20, malgré une exploration très soigneuse de l'anus contre nature, le malade est pris d'un frisson violent dans la journée. Douleurs intenses, ballonnement du ventre.

Le 21, mort dans la matinée, dixième jour après l'accident.

A l'autopsie : La suture intestinale avait cédé sur sa moitié antérieure par suite de la nécrose des bouts intestinaux. Les adhérences, qui s'étaient établies avec les anses voisines, avaient été en partie rompues lors du dernier examen et les matières fécales avaient pu fuser vers le petit bassin.

Ce fait montre dans toute son évidence, en dernière analyse, que l'anus artificiel, s'il n'est pas bien conditionné et si le péritoine continue à recevoir des matières fécales ne saurait sauver un blessé, l'infection et l'imprégnation toxique de l'organisme continuant à se produire.

### Obs. X

Chaput. — *In thèse Gachon.* — Paris 1895.

*Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Double rupture de l'intestin. — Péritonite. — Laparotomie. — Anus contre nature. — Mort.*

Homme qui reçoit le 7 juin 1895, à cinq heures du matin, un coup de pied de cheval dans l'abdomen, à bonne

distance. Entre à l'hôpital douze heures après l'accident. Ventre douloureux et ballonné. Pouls filiforme ; vomissements porracés.

Laparotomie seize heures après l'accident. Epanchement d'un liquide semblable à du bouillon sale, mais non fétide. Lavage du péritoine, dévidement. Eviscération. On trouve, sur l'intestin grêle, deux ruptures distantes de 20 centimètres l'une de l'autre : la supérieure comprenait les 4/5 de la circonférence de l'intestin, l'inférieure était une rupture totale. Résection de l'anse intermédiaire. Etablissement d'un anus contre nature.

Le 8 juin : température 35°. Mort 31 heures après l'accident. Pas d'autopsie.

De ce fait, nous paraissent se dégager deux conclusions :

1° Dans les péritonites hyperseptiques suraiguës, autrement dit, où l'infection du péritoine est de virulence très grande, où les phénomènes intestinaux sont peu visibles ou n'apparaissent même pas comme dans la septicémie suraiguë post-opératoire, il s'agit d'un empoisonnement aigu péritonéal plutôt qu'intestinal. L'anus artificiel ne peut, vraisemblablement, rien dans ces formes ;

2° L'anus artificiel semble n'agir, heureusement, que lorsque le malade se défend, fait de la péritonite purulente, c'est-à-dire dans les péritonites aiguës lentes ou subaiguës.

### Obs. XI

Edmund Owen. — *In lancet 1885.*

Adulte opéré 41 heures après l'accident : chute de côté sur le bord d'une planche. Choc. Péritonite. Déchirure de l'iléon dans une étendue d'un pouce. Anus artificiel. Mort huit heures après l'opération. Pas d'autopsie.

### Obs. XII

W. Mayo Robson. — *Proc. clinic. Soc.* — London 1888.

Homme de 21 ans opéré 48 heures après une contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Vomissements

continuels et autres signes de péritonite. Rupture de 3/4 de pouce sur l'intestin grêle, ne comprenant que la séreuse et la musculeuse. Autre rupture complète avec épanchement de matières fécales. Sutures de Lembert sur la rupture incomplète. Anus contre nature pour l'autre perforation. Lavage. Drainage. Mort deux heures après l'opération.

Autopsie. Péritonite purulente généralisée. La rupture siégeait à deux pieds au-dessous du pylore.

## Obs. XIII

Due à l'obligeance de notre camarade Merz, interne des hôpitaux.

*Péritonite appendiculaire. — Laparotomie. — Anus contre nature secondaire. — Mort*

Il s'agit d'un malade qui entre à l'hôpital civil de Mustapha, le 6 février 1922, pour douleurs abdominales, surtout marquées à droite. Fièvre et vomissements.

Pas d'antécédents morbides antérieurs.

A été brusquement pris, le 3 février, de douleurs abdominales, mal localisées. Une purge administrée, alors, a amené quelques selles. Puis sont apparus des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et fécaloïdes. Ces phénomènes se sont manifestés trois jours durant et ont été accompagnés d'une légère élévation thermique.

Au moment de l'hospitalisation le malade est au 4e jour de sa crise. L'état général est alors mauvais. Faciès tiré, yeux cernés, langue sèche et rôtie. Pouls aux environs de 100. Température 38°2. L'abdomen est souple, généralement douloureux. Le maximum de la douleur siège dans la fosse iliaque droite, au point de Mac-Burney. On n'y sent pas de gâteau péritonéal. Légère hyperesthésie, pas de contractures. Le toucher rectal n'est pas pratiqué.

Le lendemain, 7 février, intervention sous anesthésie générale à l'éther. Le chirurgien qui opère pratique une incision de Jalaguier. Les anses grêles sont congestionnées et recouvertes de fausses membranes. Elles sont agglomérées dans la fosse iliaque. Après décollement des adhé-

rences légères, on arrive dans la cavité appendiculaire. Appendice volumineux, en massue, gangréné à son extrémité. Les manœuvres de décollement font ouvrir une collection ilio-pelvienne profonde, remplie d'un pus verdâtre très fétide (deux verres à Bordeaux). Protection de la cavité générale et ablation de l'appendice. Cette dernière est rendue difficile par l'adhérence du cœcum à la paroi postérieure. Pas de péritonisation de la section appendiculaire. Drainage de l'abcès par un drain de caoutchouc. Suture de la paroi.

Le 8 février. — Température : 36°9 le matin, 37°2 le soir. Etat général bon.

Le 9 février. — Douleur et sensation de gonflement dans l'abdomen, quelques vomissements dans la soirée.

Le 10 février. — Vomissements bilieux verdâtres. L'état général est très mauvais. Teint terreux, le faciès est grippé. Les yeux sont enfoncés dans les orbites et cernés. On dirait un athrepsique mourant de cachexie.

Le 11 février. — Les vomissements deviennent fécaloïdes. Un lavement ramène quelques scyballes durcies. Pas de matières, ni gaz. Pouls petit, irrégulier (112).

L'interne de service appelle M. Cabanes, chirurgien de garde, qui examine le malade et décide une intervention d'urgence sur le champ. Il conclut à une obstruction secondaire probable due à la torsion d'une anse grêle dans le gâteau péri-appendiculaire de défense.

L'opération est pratiquée à 21 heures sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle ; caféïne, huile camphrée. Très rapidement :

1°) Débridement du champ appendiculaire. Nettoyage de la cavité de l'abcès. Drainage à la Mickulicz très large.

2°) Laparotomie médiane, sous ombilicale. Les anses grêles congestionnées, très dilatées, font hernie. L'obstacle paraît siéger au niveau de la fin de l'iléon. On fait un anus artificiel temporaire médian, sous ombilical, avec la dernière anse dilatée. Lavage de l'intestin grêle au sérum tiède, par un long tube de caoutchouc qu'on laisse en place et qui draine à distance. Le malade qui était mourant au début de cette intervention a néanmoins résisté à cette nouvelle fatigue.

Le 14 février. — Par le drain s'écoule un liquide bilieux

fécaloïde. Pansement. Température : 36°. Pouls : 96. L'état général reste très mauvais.

Le 16 février. — Pansement. Température : 36°2. Pouls : 100. Lavage de l'abcès appendiculaire au liquide de Tarnier. Quelques vomissements bilieux. Douleurs gastriques. Lavage de l'intestin au sérum tiède.

Le 18 février. — Pansement. Etat général toujours mauvais.

Le 20 février. — Ablation du drain intestinal. Les matières fécales s'écoulent par la plaie médiane et la cavité de l'abcès appendiculaire. L'état général reste très mauvais. Hypothermie, amaigrissement extrême, état squelettique. Eruption maculo-papuleuse rouge sur tout le corps et la face.

Le 24 février. — Mort dans la soirée, soit 13 jours après la seconde intervention.

Il s'agit, dans cette observation, d'une péritonite lente, subaiguë, qui, malgré l'anus artificiel agissant et sur un obstacle et sur une infection péritonéale, a abouti après une longue lutte à un insuccès. Sans l'anus, le malade serait certainement mort dans les 24 heures, vers le 11 février. L'établissement de l'anus a permis de lutter efficacement contre la stercorémie. La péritonite iliaque n'en a pas moins continué à évoluer et à tuer lentement le malade.

C'est l'exemple d'un échec marqué de la méthode mais qui montre :

1°) Que les péritonites, ou mieux les infections à propagation dans le tissu celluleux ou musculaire de la fosse iliaque sont particulièrement redoutables, et, étant devenues extra péritonéales, n'évoluent pas comme celles restées intra péritonéales.

2°) Que malgré le souffle de vie d'un péritonitique par occlusion, l'entérostomie et le lavage peuvent et doivent être tentés. Si ce sujet n'avait pas eu sa fosse iliaque affectée dans ses parties celluleuses et musculaires peut-être se serait-il relevé. Le péritoine, absorbant moins, résiste mieux que les parois de l'abdomen aux infections subaiguës.

## Réflexions sur les observations

Les observations II, III, IV, V, VI sont particulièrement suggestives. Elles montrent suffisamment l'influence heureuse qu'a, sur l'évolution de la péritonite, la dérivation au dehors du contenu intestinal stagnant, que cette dérivation soit l'œuvre du chirurgien ou qu'elle soit la conséquence d'un processus naturel.

Les observations VII et VIII présentent, aussi, un grand intérêt. La péritonite fut bien guérie, dans ces deux cas, et nous ne pouvons qu'accuser la fatalité de la mort des deux malades, puisque ceux-ci succombèrent, des suites d'une toute autre affection que leur péritonite.

L'observation IX eut, peut-être, enregistré un succès pour la méthode, sans l'accident révélé à l'autopsie. De toute façon, l'anus artificiel qui s'établit spontanément trois jours après la laparotomie, permit une survie de six jours. Ce temps est appréciable en matière de péritonite, car il est rare de voir un péritonitique résister au-delà de la 72e heure, lorsque l'évolution de la maladie ne doit être rien moins qu'heureuse.

Nous ne dirons rien des observations X et XI. Elles auraient gagné à être complétées par les constatations nécropsiques.

Le malade qui fait l'objet de l'observation XII fut opéré tardivement, quarante-huit heures après son accident. De plus, une rupture intestinale siégeant à deux pieds, au-dessous du pylore, passa inaperçue pendant l'intervention et ne fut révélée qu'à l'autopsie.

Enfin dans l'observation XIII l'anus artificiel fut secondaire, c'est-à-dire qu'il fut effectué dans des conditions moins favorables, que s'il avait été pratiqué lors de la première intervention. Ici encore nous enregistrons une survie de 13 jours après l'opération ; il est regrettable que l'autopsie n'ait pu être faite, comme dans le cas relaté à l'observation IX. Peut-être, ainsi, aurions-nous su ce qui s'était passé dans la fosse iliaque du décédé.

De tout ce qui précède nous n'essaierons pas de tirer des chiffres pour corser une statistique. Nous ne dirons pas que l'entérostomie donne huit guérisons sur treize, dans les péritonites généralisées, c'est-à-dire 61,5 °/₀ de succès. Des statistiques faites ainsi sont la négation de tout esprit critique et sincère en médecine et il nous répugne d'y avoir recours. Nous ferons, tout simplement, remarquer l'influence, très souvent heureuse, de l'anus artificiel sur la marche d'une péritonite à évolution lente ou quelque fois même aiguë. Après cette opération, en effet, le ventre se dégonfle, les douleurs et les vomissements sont, le plus fréquemment supprimés, la dyspnée et la rapidité du pouls diminuent, la tension artérielle se relève, et le malade accuse un grand soulagement. De plus dès le lendemain de l'intervention, on peut alimenter le malade, lui faire prendre du lait en quantité notable satisfaisante.

Si nous ne pouvons élaborer une statistique d'efficacité sur 13 cas, nous pouvons dire, toutefois, que nous avons relevé que l'anus artificiel ou spontané dans les péritonites généralisées a donné :

| | Guérisons | Morts |
|---|---|---|
| Péritonite typhique | 1 | |
| Péritonite appendiculaire | 2 | 1 |
| Péritonite par obstruction | 3 | |
| Péritonite par contusion abdominale | 1 | 4 |

Une fois, dans un cas de péritonite par perforation, nous notons une guérison, mais comme, selon nous, il y a eu là

plutôt une péritonite localisée que généralisée, nous le citons pour l'intérêt du fait, sans le compter à l'actif de la méthode. (Obs. I).

Certains chirurgiens et Verchère, en particulier, ont prétendu, en parlant des interventions sur l'intestin, qu'elles leurs faisaient peur à pratiquer chez des mourants et qu'ils leurs préféraient le lavage de l'estomac, de l'intestin, du rectum par les voies naturelles. A ceux-là nous répondrons, que c'est justement parce que nous opérons sur des mourants, qu'il vaut mieux dans les péritonites aiguës généralisées, établir un anus artificiel que pratiquer le lavage d'estomac ou d'intestin toutes les trois heures et soumettre le moribond à tous les efforts, inopérants en fin de compte, à toutes les manœuvres extrêmement pénibles pour lui, en pareil cas ; et cela nous amène à une discussion sur les moyens autres que l'anus artificiel pour libérer l'intestin dans les cas de péritonite.

## CHAPITRE IV

### Des moyens de l'évacuation du tractus intestinal. — Comparaison de leur action avec celle de l'anus artificiel

On a cherché à combattre l'influence pernicieuse de la stase intestinale, dans l'iléus péritonitique, par de nombreux moyens, autres que l'anus artificiel. Ceux-ci visent tous l'évacuation du contenu intestinal mais diffèrent individuellement dans leur nature et dans le moment de leur application. Les uns, comme les purgatifs, les lavements et les lavages d'estomac, s'ils ont parfois un effet préventif manifeste, sont le plus souvent impuissants lorsque l'intestin est déjà paralysé. Les autres, comme les injections de strychnine, d'éserine ou d'hormonal sont si inconstants dans leurs résultats que le problème de leur application se pose rarement.

Examinons en détail les divers moyens employés pour exonérer l'intestin atteint d'iléus péritonitique.

*Les purgatifs.* — Les purgatifs ont été préconisés par Hotchkiss et Gibson, en Amérique. Ces chirurgiens, dès la laparotomie terminée, et avant même que le malade se réveille, pratiquent un lavage d'estomac, puis par le tube de lavage introduisent un purgatif, huile de ricin ou sulfate de magnésie, dont la dose est quelquefois portée à 200 grammes. Une ou deux heures après, si l'effet recherché n'est pas obtenu, ils n'hésitent pas à donner, au malade 0,50 centigrammes à 1 gramme de calomel en même temps qu'ils appliquent l'irrigation rectale goutte à goutte. A Lyon,

Vignard ordonne une purge à l'huile de ricin ou au sulfate de magnésie, 24 heures après la laparotomie, dans les cas de péritonite diffuse appendiculaire et la renouvelle chaque jour jusqu'à obtention de selles et de gaz. De son côté, Albertin, purge ses péritonitiques dans la nuit même qui suit l'intervention.

Certes, des résultats sont obtenus parfois, mais encore faut-il que l'intestin ne soit pas absolument paralysé. Dans ces cas les purgatifs agissent plutôt à la manière d'agents prophylactiques. De plus, on ne peut jamais compter sur l'administration certaine du purgatif : il faut, en effet, tabler avec les vomissements que présentent les péritonitiques et qui font que le médicament est, le plus souvent, rejeté.

Enfin, selon Roos et Greenough, ces purgatifs, donnés avant l'évacuation des selles par le rectum, seraient nuisibles : incapables de rétablir la motilité intestinale paralysée, ils augmenteraient la masse liquide qui stagne dans l'intestin et, décomposés, accroîtraient les résorptions toxiques intestinales.

*Les lavements.* — N'agissant que sur la partie terminale de l'intestin, le rôle des lavements est celui d'un adjuvant, mais non d'un curatif.

*Les lavages de l'estomac.* — Ils ne paraissent pas jouer un rôle curatif vis-à-vis de l'iléus péritonitique : ils ne peuvent que le prévenir. Leur rôle est seulement efficace quand il s'agit de relever la motilité abaissé du muscle gastrique ; mais lorsque la paralysie intestinale est avancée, ce sont plutôt des adjuvants de l'entérostomie.

*Injections de strychnine.* — En injection hypodermique à la dose de 1/4 à 1/2 milligramme le sulfate de strychnine déterminerait une mobilisation salutaire de l'intestin paralysé. Malheureusement, les effets ne sont localisés qu'à un segment d'intestin et le résultat définitif est, le plus souvent, insuffisant. Enfin, suivant Nœtzel, l'intoxication de l'organisme, en cas de péritonite, est suffisamment grande

pour qu'on ne l'augmente pas encore par l'usage de médicaments toxiques.

*Injections d'éserine ou de physostygmine.* — Vogel d'abord en 1902, puis Moskowicz et G. Arndt ont préconisé l'injection d'éserine. En injection intra veineuse ou intra musculaire, l'éserine exciterait la tonicité musculaire intestinale sans accélération du pouls ni troubles du système nerveux. Cependant, Pankow, lui dénie toute valeur thérapeutique dans la paralysie intestinale post-opératoire, après 84 laparotomies pour péritonites diffuses.

*Injections d'hormonal.* — Contrairement aux deux produits précédents, l'hormonal produirait des mouvements péristaltiques de tout l'intestin. Son action se manifesterait 15 à 20 minutes après une injection intra musculaire. Cependant, on observe parfois, après l'injection, un léger mouvement fébrile, quelques frissons et même une tendance au collapsus. Ce dernier peut apparaître brusquement avec diminution de la pression sanguine, sueurs froides, dilatation pupillaire et fièvre élevée. Ce sont là des faits graves qui rendent le chirurgien hésitant, d'autant que le cœur laisse à désirer dans la plupart des cas. Enfin, certains sujets seraient réfractaires à l'action de l'hormonal.

Nous venons d'énumérer les moyens qui, sans intervention opératoire sur l'intestin, tendent à l'évacuation de son contenu, soit avant que la paralysie s'installe, soit après. Il s'en faut, que ces moyens soient toujours suffisants et c'est, justement, parce que l'on ne saurait jamais préjuger de leur efficacité, qu'il est du devoir du chirurgien de courir au plus pressé et d'assurer l'écoulement, au dehors, des matières intestinales, par le procédé qui présente le plus de chances de succès, c'est-à-dire par l'établissement d'un anus artificiel.

Cette intervention opératoire sur l'intestin gagne à être effectuée le plus précocement possible, c'est-à-dire qu'elle doit être faite au moment même de l'opération pratiquée

pour la lésion qui a déterminé la péritonite, surtout si l'on juge que celle-ci compromet, nettement, la vie du patient. Il est certain, que faire un anus artificiel au début d'une péritonite non généralisée, curable par la seule ablation ou la seule suture d'un organe lésé, serait plus qu'un acte d'ignorance. Mais lorsque le malade est en péritonite, que notre jugement nous dit devoir être mortelle en quelques heures, il n'y a, en effet, pas de temps à perdre ; et comme il n'est, malheureusement, aucun indice qui permette au chirurgien de prévoir comment se comportera l'intestin paralysé, une fois la laparotomie achevée, la prudence commande de prévenir le danger plutôt que de l'attendre. Nœtzel, à juste raison, fait remarquer qu'il n'y a aucun signe qui autorise d'affirmer que la paralysie est irrémédiable ou non. Tel intestin qui paraissait en assez bon état au moment de l'intervention, vis-à-vis duquel toute manœuvre a été jugée inutile, voit sa paralysie s'accentuer dans les heures qui suivent l'opération, tandis que tels autres cas, dans lesquels l'intestin paraissait très touché, se sont, sans intervention aucune, terminés par la guérison. Il est pourtant certains signes de probabilité qui ne sauraient être constatés qu'après laparotomie large : tels sont l'état du péritoine, le ventre plein de pus ou contenant quelques cuillerées de liquide trouble, avec vascularisation des anses. L'aspect de ces dernières doit aussi retenir l'attention : sont-elles considérablement ballonnées, dépolies, recouvertes de fausses membranes, on redoutera alors la paralysie intestinale, d'autant que le ballonnement sera étendu à une plus grande partie de l'intestin. La coloration des anses entre aussi en ligne de compte : il est certain que des anses cyanosées, bleuâtres, ont peu de chance de recouvrer, sans opération, leur péristaltisme. Enfin il sera bon de s'assurer de l'état de la péristaltique intestinale ; si les anses ne présentent aucun mouvement, si après pincement, ne se produisent pas des contractions, si enfin un lavage chaud ne ramène pas un changement de coloration et quelques

mouvements, la situation est grave et demande l'intervention opératoire sur l'intestin.

L'entérostomie préventive sera d'autant plus indiquée que l'on se proposera de refermer l'abdomen sans drainage. La fistule pourra être pratiquée sur l'anse voulue, souvent sur le cœcum et préférablement, peut-être, sur les dernières anses grêles.

Sur quelle portion de l'intestin le chirurgien fera-t-il porter l'anus artificiel ? Tout d'abord, ce dernier doit s'efforcer d'assurer, au maximum, l'évacuation du grêle, puisque c'est cette portion de l'intestin que frappe, de façon particulière et presque exclusivement, l'iléus péritonitique. Il faut, à notre avis, opérer sur le grêle, en pleine anse dilatée et aussi bas que possible. Envisageons maintenant les différentes fistules qui peuvent être pratiquées sur l'intestin.

Nous ne parlerons que pour mémoire des ponctions multiples de l'intestin, qui furent préconisées autrefois dans le but de modérer la distension intestinale par les gaz accumulés. Cette intervention est aujourd'hui considérée comme insuffisante et même dangereuse, les gaz se reproduisant rapidement et l'effet salutaire de la ponction ne persistant pas.

La cœcostomie et l'appendicostomie peuvent trouver leurs indications lorsque la péritonite est peu avancée.

La cœcostomie fut faite de façon élective dès le début de la pratique des entérostomies au cours des péritonites. En 1893 Lennander plaçait un drain au niveau du cœcum qui présente, en cas de péritonite, un ballonnement énorme. Dans le cœcum, en effet, s'accumulent matières et gaz qui ont pu forcer la valvule de Bauhin et il s'y produit, de par la présence du colibacille, des fermentations si intenses,

que le cœcum devient un endroit où se font, d'après Sick, des résorptions septiques considérables. L'anus cœcal ne doit pas être établi tardivement car il est difficile, à travers la petite incision iliaque, au milieu des anses ballonnées, qui s'y pressent, de trouver l'organe et de l'amener en place. On a fait à l'anus cœcal le reproche de ne pas fonctionner, en raison de sa situation basse, lorsque la paralysie est avancée. Seul le cul-de-sac se viderait alors, les anses grêles coudées et paralysées ne pouvant plus faire franchir aux matières et aux gaz la valvule de Bauhin. Mais cette difficulté n'est pas insurmontable, puisqu'on peut, avec un drain, essayer de forcer la valvule iléo-cœcale et pénétrer alors dans l'iléon.

A moins que la cœcostomie soit commandée par une péritonite, suite d'obstruction, siégeant sur le gros intestin, il nous semble que la vidange opératoire, au niveau du cœcum, n'est pas assez rapide. Si l'on veut voir " ressusciter " — que le mot ne soit pas pris dans son sens prétentieux — un péritonitique mourant, il ne faut pas attendre que l'intestin se vide lentement, ce qui est souvent le cas lorsqu'on fait un anus au-dessous de la valvule de Bauhin. Il faut ouvrir sur le grêle, ne pas attendre que l'intestin sorte de sa stupeur, de sa paralysie. Spontanément il faut inciser au-dessus de tout obstacle et laver immédiatement et sans délai, toute la partie initiale du tractus intestinal.

L'appendicostomie, proposée en 1894 par Kettley, fut pratiquée pour la première fois en 1902 par Weir. L'appendice, rendu flottant par section du méso, est amené à la paroi. La muqueuse de l'organe est directement fixée à la peau, précaution nécessaire pour que la rétraction de la muqueuse ne rende pas difficile la pénétration d'une sonde dans le cœcum. L'opération faite, une sonde est, en effet, introduite qui s'efforce de franchir la valvule iléo-cœcale. Cette sonde pourra être reliée, elle-même, à un tube en caoutchouc qui, plongeant dans un bocal, assurera l'écoulement des produits irritants au dehors.

On a fait à l'appendicostomie plusieurs reproches. Tout d'abord, elle n'est pas toujours possible, notamment en cas d'atrésie ou de malformation quelconque de l'appendice. De plus, la fistule ne serait pas suffisante. Ce dernier reproche peut n'être pas fondé, car au niveau du cœcum, en cas de péritonite, il y a surtout des liquides et l'appendicostomie peut suffire à leur évacuation :

Les fistules cœcales, cœcostomies et appendicostomies, n'ont pas seulement l'avantage d'assurer la déplétion du tractus intestinal. Elles peuvent, d'après Finney, être davantage considérées comme une bouche que comme un anus. Elles permettent d'appliquer, notamment, chez l'enfant, en raison de son indocilité, l'injection goutte à goutte, de sérum, de façon plus commode et plus parfaite qu'au niveau du rectum. Elles permettent aussi l'introduction de médicaments, de solutions sucrées et, comme le veut Lennander, de digitale.

Lorsque les lésions sont accusées, l'intestin complètement paralysé, il faut pratiquer la fistule sur le grêle. De l'avis de Lennander, cette fistule assure, de meilleure façon, l'évacuation stercorale. La valvule iléo-cœcale est ainsi évitée et le contenu intestinal a moins de chemin à parcourir, moins d'obstacles à forcer. Lennander recommande de placer la fistule grêle plus près du cœcum que du jéjunum ; de ne pas prendre le milieu de l'intestin, mais de se porter, de préférence, un peu plus bas. Ainsi, si dans la suite, les anses placées en amont de la fistule reprennent seules leurs fonctions, le segment inutilisé de l'intestin sera beaucoup moindre. Il reste entendu que les lavages très chauds de sérum artificiel dans le tube intestinal, et non dehors, sont à conseiller en raison de leur influence très souvent heureuse sur le réveil de la contractilité intestinale.

Une autre façon de voir les choses est la suivante : lorsque la paralysie est généralisée à tout l'intestin, la situation est si grave, qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer la

jéjunostomie. Cette fistule, haut située sur le grêle, empêcherait le reflux de liquide et de gaz dans l'estomac ; elle empêcherait, en outre, le passage du suc pancréatique et de la bile dans l'intestin et ainsi se trouverait diminué d'autant, l'afflux de liquides dans le grêle, qui ne pourraient qu'augmenter les décompositions organiques à son intérieur. En plus, cette fistule haute permettrait l'introduction de purgatifs, et, le moment venu, celle d'aliments.

Faut-il encore remonter plus haut, en cas de dilatation gastrique considérable, avec vomissements et signes nets de paralysie de l'estomac ? Faut-il, comme l'a proposé Jaboulay, pratiquer une gastrostomie ? Nous savons que les cas où l'estomac est primitivement intéressé, sont rares. La paralysie de cet organe est le plus souvent secondaire et sa réplétion réalisée par le reflux du contenu intestinal frappé d'iléus. A notre avis, la gastrostomie sera rendue exceptionnelle, par l'intervention opportune sur l'intestin et qui lui rendra sa motilité.

Des fistules multiples de l'intestin pourront être établies, lorsqu'une fistule unique, en raison de la longueur du tractus intestinal et de la coudure des anses, sera insuffisante. Deux fistules, l'une cœcale, l'autre à mi-hauteur du grêle, ont donné, à Lampe, en Allemagne, d'excellents résultats. Lennander, en cas d'iléus péritonitique un peu étendu, faisait au moins trois fistules intestinales : une sur l'intestin paralysé, une en amont et l'autre sur le cœcum. Ces orifices multiples permettent d'évacuer autant de gaz et de matières que possible et de réduire ainsi les anses sans violence. Pendant longtemps, Lennander suturait ces orifices d'entérostomie, à la fin de la laparotomie, mais, ce mode de faire lui ayant procuré quelques déboires, il a renoncé à cette pratique pour ne plus faire que des fistules définitives, dans l'orifice desquelles, il suture un tube à drainage.

Nous ne nous attarderons pas sur la technique générale de l'anus contre nature. Tous les procédés sont bons, à la

condition d'éviter l'infection de la séreuse par les matières fécales, et si la possibilité de laver et de drainer l'intestin à distance est résolue.

Bien entendu nous conseillerons l'anesthésie locale ou la narcose au chlorure d'éthyle, à petites doses prolongées, ou encore quelques bouffées d'éther. La chloroformisation ou la rachianesthésie, chez des sujets intoxiqués dont la pression est en général déjà basse, seront formellement contr'indiquées.

Enfin, une fois l'opération terminée nous ne manquerons pas de prescrire la médication adjuvante : injections de sérum à la Murphy, d'éther et d'huile camphrée. De plus la position de Fowler sera souvent ordonnée.

Ainsi donc le chirurgien, qui au moment de la laparotomie pour péritonite diffuse croira à la mort probable du patient, aura le moindre doute sur le fonctionnement ultérieur de l'intestin, le chirurgien, disions-nous donc, ne restera pas dans l'expectative. L'intestin ballonné, paralysé, réintégré dans l'abdomen, n'a aucune chance de recouver son péristaltisme, et les anses, à l'étroit dans la cavité abdominale, pressées les unes contre les autres, coudées ne peuvent que voir s'accroître leur paralysie. C'est en vain, qu'on attendra une émission problématique de gaz et de selles ; le météorisme augmentant, les nausées et les vomissements devenant incessants, on sera alors obligé d'intervenir dans des conditions défavorables au possible, chez un malade affaibli dont l'état s'est aggravé. Cette opération secondaire nécessitera une nouvelle anesthésie, une nouvelle incision. A ce moment les lésions intestinales seront plus accusées, l'opération, sera alors ou rapide et incomplète, ou complète mais shockante. Dans les deux cas les résultats ne seraient rien moins qu'encourageants.

L'anus artificiel sera donc établi précocement dans les cas de péritonite généralisée et, dans le doute, mieux vaut,

dans l'intérêt du malade pratiquer une intervention un peu hâtive que de ne pas y avoir recours quand elle est nécessaire. En matière de paralysie intestinale, c'est plutôt une question d'heures que de jours ; il est, en effet, des malades qui meurent de septicémie, bien que se soient rétablies, après opération, les fonctions de l'intestin. Cette intervention précoce sur l'intestin est alors d'autant mieux indiquée, qu'elle sera en pareil cas simple, rapide, et efficace.

Une intervention secondaire présenterait beaucoup plus d'inconvénients et elle ne saurait provenir que d'une erreur, touchant l'interprétation des symptômes, l'évolution et le pronostic péjoratif de la péritonite.

# CONCLUSIONS

I. — En dehors des péritonites suraiguës, où l'infection de la séreuse péritonéale est si massive que la mort, à l'heure actuelle, survient inévitablement, dans les péritonites subaiguës, le danger intestinal : la stercorémie, constitue un second et très grand danger, une conséquence de l'infection du péritoine. Cette dernière serait souvent curable sans cette complication.

II. — L'évacuation de l'intestin en pareil cas supprime les effets nocifs du météorisme sur le fonctionnement du diaphragme, des poumons et du cœur, ainsi que les résorptions toxiques et la migration microbienne extra-intestinale d'augment.

III. — L'anus artificiel bien pratiqué exerce alors une action évacuatrice continue et évite aux malades la mobilisation et la fatigue des lavages d'estomac, des lavements, des purgatifs, etc., qui ne parviennent pas à leur but généralement.

IV. — Combiné ou non avec le drainage de la séreuse, l'anus artificiel établi sur d'autres malades que des patients atteints de péritonite par occlusion, sur des péritonitiques par infection d'emblée du péritoine (appendicite, perforation) a donné des succès. L'anus artificiel n'agit donc pas seulement au cours des péritonites dues à une occlusion intestinale. Suivi de lavages chauds du tube intestinal supérieur, il exerce une action heureuse vite marquée.

V. — Dans les péritonites par occlusion, alors même que l'état paraît désespéré, l'anus artificiel suivi du lavage immédiat du bout intestinal supérieur s'impose.

VI. — La technique de l'anus artificiel quelle qu'elle soit au cours des péritonites septiques diffuses nous paraît devoir comporter quelques clauses essentielles :

1° Elle doit être rapide.

2° Elle doit être effectuée sous anesthésie locale où à l'aide de quelques bouffées de chlorure d'ethyle. L'usage du chloroforme et la rachianesthésie sont à rejeter pour des raisons ailleurs indiquées.

3° La dérivation des matières fécales doit se faire loin de la plaie opératoire drainée ou non.

VII. — A elle seule, l'entérostomie peut sauver des malades atteints de péritonite. Elle n'est pas à mettre en opposition avec la médication adjuvante et ne peut que gagner, à être combinée avec les injections de sérum à la Murphy, d'éther ou d'huile camphrée, la position de Fowler, etc.

# BIBLIOGRAPHIE


**Angerant.** — Les grands lavages de l'intestin. Etude historique, critique et expérimentale. (Th. Paris, 1893-94).

**Arnaud.** — Le traitement des péritonites diffuses aiguës. (Th. Lyon, 1911).

**Arndt.** — (Zentralblatt für Gynækologie. 5 mars 1904, p. 273).

**Barbacci.** — Ueber Aetiologie und Parthogenese der Peritonitis durch Perforation. (Centralbl. f. All. Path. 1893).

**Barbe.** — Etude clinique sur certaines formes de perforation de l'intestin grêle. Importance du diagnostic précoce. (Th. Paris 1894-95).

**Barth.** — Le progrès dans le traitement de la péritonite purulente par perforation. (D. Med. Woch. 9 Mars 1905).

**Bazy.** — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. (Bull. Soc. chirur. Paris 1902, p. 662).

**Billington** — L'appendicostomie dans les péritonites diffuses. (British med. Journal 1909, 9 Janvier, p. 77).

**Busch.** — Peritonitis und Enterostomie. (Deutsche Zeitschr f. Chir. 1904, t. LXXIV, p. 215).

**Carriès** (H.). — La péritonite typhique, son diagnostic et son traitement chirurgical. (Th. Lyon, 1900-01).

**Cantani** (A.). — Sulla pneumatosi spontane. (Il morgani, 1867, p. 233).

**Chapeyron.** — Péritonites généralisées d'origine appendiculaire. (Th. Paris, 1904-05).

**Delbet** (Paul). — Pouvoir bactéricide et toxicité du liquide d'une péritonite septique diffuse généralisée). (Soc. biol., 4 août 1900).

**Delbet** (Paul). — Examen du liquide d'une péritonite septique diffuse généralisée. Considérations sur le traitement des péritonites, en particulier des péritonites appendiculaires. (Gaz. des hôpit., 6 sept. 1900).

**Doyen.** — Ueber die Behandlung der infektiœsen Péritonitis. Der Nutzen des Anus prœternaturalis jejunalis. (D. Gesellsch, f. Chir, XXXI[e] Congress, 1902).

**Dudgeon et Sargent.** — Bactériologie des péritonites (Lancet 1905, I. C. R., 1905, p. 517).

**Dudgeon et Sargent.** — Traitement des péritonites (I[er] Congrès international de Chirurgie, Bruxelles, 1905).

**Escher.** — Die Behandlung der acuten Perforations Peritonitis im Typhus mittels Laparotomie und Ileostomie. (Grenzgeb, 1903, Bd II).

**Ferrier.** — Traitement de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde (Soc. med. des hôpit, de Paris, 8 février 1901).

**Février et Adam.** — Contusions de l'abdomen avec lésions de l'intestin (VIII[e] Congrès de Chirurgie, 1894. Archives provinciales de Chirurgie, 1894).

**Friedrich.** — Zur bakteriellen Aetiologie und Behandlung der diffusen Peritonitis (XXXI[e] Congrès Allem. de Chirurgie. Avril 1902).

**Friedrich.** — Ueber der Nutzen der fonktionellen Auschaltung grosser Darmabschnitte bei septischer Péritonitis (Méd. Klin 1905).

**Friedrich.** — I[er] Congrès de la Société Internationale de Chirurgie (Revue de Chirurgie. Année 1905).

**Garnier.** — V. Roger.

**Gauthier.** — V. Pinatelle.

**Gebhart.** — Die Enterostomie in der Prophylaxie und Thérapie der Peritonitis (Deut. Zeit. Chir. 1904. Bd. 74).

**Grandin.** — Traitement de la péritonite post-opératoire (Acad. méd. de New-York, 24 mars 1904).

**Greenough.** — Enterostomy und Peritonitis (Boston méd. and surg. Journal. 19 mai 1904).

**Groves.** — Appendicostomy in conditions of acute Peritonitis (Annals of surgery., t. L, Déc. 1909).

**Guinard et Tixier.** — Troubles fonctionnels réflexes d'origine péritonéale (Acad. des Sciences, 1897).

**Hadra.** — The opérative treatment of acute suppurative péritonitis (New-York méd. Journ. 2 Juin 1894).

**Hawkes.** — Des moyens de prévenir l'occlusion post-opératoire dans les interventions pour appendicite (Annals of surgery, t. I, p. 192-207 et p. 272).

**Heidenhain.** — Ueber Darmverschluss und Enterostomie bei Peritonitis (XXXI[e] Congrès Soc. Allem. de Chirurgie. Avril 1902).

**Henrotin.** — Enterostomy and drainage in the treatment of diffuse septic peritonitis (Amer. Journ. of obst. 1893).

**Houzé.** — De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse par perforation spontanée (Th. Paris,1895-96).

**Kan Kato.** — La résorption des gaz de l'intestin (International Beitr. z. Path. und Therap. der Ernœhrungsstorungen. 2 Avril 1910. T. I, fasc. III).

**Keetley.** — L'appendicostomie dans les péritonites (Annals of surgery. 1909. T. 50).

**Krœjius.** — Ueber die vom Processus vermiformis ausgehende diffuse eitrige Péritonitis und ihre chirurgische Behandlung (Iéna, Fischer, 1901).

**Krœjius.** — I[er] Congrès Société internat. de chirurgie (Revue de Chir. Année 1905. T. 32).

**Krœjius.** — L'entérostomie comme remède souverain dans le traitement de la péritonite et de l'occlusion intestinale. (Finska Lækaresællskapets Handligar. Août 1910. p. 111 à 143).

**Jaboulay.** — La gastrostomie dans certaines formes de péritonite (Lyon Medical 1905).

**Joffroy.** — Traitement de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde (Soc. med. des hôpit. de Paris. 8 février 1901).

**Lamotte (P.-G.).** — La péritonite traumatique généralisée et localisée, sans rupture traumatique (Th. Lille, 1899-1900).

**Lampe.** — Der Auregung der Peristaltik nach Laporotomien Wegen Appendicitis mit freier Peritonitis (Centrablatt f. Chirur. 21 Mai 1910, N° 21, p. 740).

**Leclerc.** — Du segment de l'intestin sus jacent à l'obstacle dans les occlusions (Th. Lyon, 1905-1906).

**Lejars.** — Rapport au Ier Congrès de la Société Internationale de Chirurgie : Le traitement des péritonites (Bruxelles 1905).

**Lejars.** — Perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde (Soc. Chir. de Paris, 26 Déc. 1900).

**Lennander.** — Akute eitrige Peritonitis (D. Zeit. S. Chir. 1901, Bd. 63).

**Lennander.** — Ueber die Behandlung der akuten Peritonitis (D. Zeit. f. Chir. 1906, Bd. 81).

**Loison** — Traitement chirurgical de la péritonite généralisée consécutive à la perforation typhique (Rev. Chir. 1901 et Soc. de Chir. Paris, 1900 et 1901).

**Lund.** — The value of enterostomy in selected cases of peritonitis (Journ. of the amer. med. Assoc., 1903, p. 74).

**Lund.** — The treatment of diffuse peritonitis (Boston med. Journ., 1903, N° 22).

**Mac Cosh.** — Ier Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, Bruxelles 1905.

**Maragliano.** — La terapia dell'iléo (Clinica medica de Genova. In Rif. méd., 1906, p. 496).

**Mauclaire.** — Péritonite par diverticulite (Soc. anat., 13 Nov. 1903).

**Max Kappis.** — Traitement de l'iléus péritonitique (Münchener mediz. Wochenschr, 3 janvier 1911).

**Mendy.** — De la valeur comparée de l'expectation armée et de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval (Th. Paris, 1896-1897).

**Merken.** — Traitement de la perforation intestinale dans la typhoïde (Soc. méd. des hopit. de Paris, 8 février 1901).

**Merkens.** — Ueber Allgemeine Peritonitis nach Appendicitis (Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir, Bd. 7).

**Monod.** — Perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. Laparotomie. Occlusion de la perforation. Mort. (Bull. Soc. Chir. de Paris, 1900).

**Moskowicz.** — L'injection d'éserine dans l'occlusion intestinale aiguë (Wiener Klinische Wochenschrift, 1903, N° 22).

**Nœtzel.** — Die Prinzipien der Peritonitis Behandlung (Beit. Z. Klin. Chir. 1905, Bd. 46).

**Nœtzel.** — Die Ergebnisse von 241 Peritonitis operationen (Beit. Z. Klin. Chir. Bd. 47).

**Pankow.** — Société des Sciences médicales et naturelles d'Iéna. Section de thérapeutique. Compte-rendu du 26 Juin 1904.

**Pinatelle et Gauthier.** — De la gastrostomie dans certaines formes de péritonite (Prov. méd. 1906).

**Pinatelle et Rivière.** — De l'évacuation méthodique de l'intestin dans les occlusions mécaniques aiguës (Revue de Chirurgie, 1905, t. XXXII, p. 229-244).

**Poissonier.** — La gastrostomie évacuatrice dans le traitement des péritonites. (Th. Lyon. Année 1905-06).

**Reboul.** — Congrès Français de Chirurgie. 19 oct. 1904.

**Rehn.** — Ueber die operative Behandlung des Darmwerschlusses. (Zentralblat. f. Chir. 1887).

**Rehn.** — Ueber die Behandlung infektiœs eitriger Processe im Péritonéum. (Archiv. f. Klin. Chir. 1902. Bd. 67).

**Rivière.** — V. PINATELLE.

**Roger.** — Note sur les mouvements intestinaux à l'état normal. (Bulletin Soc. biol. 1905, p. 311).

**Roger.** — Les mouvements de l'intestin dans l'occlusion expérimentale (Bulletin Soc. biol. 1905, p. 348).

**Roger et Garnier.** — Premiére note sur la toxicité du contenu intestinal. Deuxième note sur la toxicité du contenu intestinal. Influence du régime lacté sur la toxicité du contenu intestinal. (Bull. Soc. biol. 1905).

**Roger et Garnier.** — L'occlusion intestinale. Pathogénie et Physiologie pathologique. (Presse médicale. 23 mai 1906).

**Roussel.** — De la valeur du pouls dans le diagnostic précoce de l'infection péritonéale consécutive aux perforations intestinales et de quelques considérations sur le traitement des péritonites par perforation. (Th. Nancy. 1904-05).

**Rindone.** — Sulla permeabilita della parete intestinale ai batterii (Rif. med. 1905. p. 477).

**Sargent.** — Voir DUDGEON.

**Sheild.** — Direct introduction of purgatives in to the large intestine of operation for septic peritonis. (Brit med. Journ. 28 dec. 1901).

**Tixier.** — V. GUINARD.

**Volterrani.** — L'entérostomie dans la péritonite. (La Riforma medica, t. XXVI, n° 8, 21 fev. 1910, p. 198 à 208, et n° 9, 28 fev. 1910, p. 227 à 234).

**Wignioles.** — Du lavage de l'estomac dans l'obstruction et l'occlusion intestinales. (Th. Paris 1889-90).

# TABLE DES MATIÈRES


Pages

**Introduction** ..... 11

**Historique** ..... 15

**Chapitre I**

Phatogénie de l'iléus péritonitique et lésions qui l'accompagnent ..... 19

**Chapitre II**

Dangers venus de l'intestin ..... 22

**Chapitre III**

Observations ..... 26

Réflexions sur les observations ..... 44

**Chapitre IV**

Des moyens de l'évacuation du tractus intestinal. Comparaison de leur action avec celle de l'anus artificiel ..... 47

**Conclusions** ..... 57

Vu :
*Le Président de Thèse*,
Dr VINCENT.

Vu :
*Le Doyen*,
J. HÉRAIL.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 26 Juin 1922.
*Le Recteur de l'Académie*,
E. ARDAILLON.

IMPRIMERIE MODERNE
2, Boulevard Laferrière, 2
ALGER

Téléphone 39-34